

Aides et structures disponibles dans la prise en charge des schizophrénies

Audrey Laguerre *

Bien qu'il n'existe pas à proprement parler d'aides ou structures spécifiquement dévolues à la prise en charge des sujets souffrant de schizophrénie, le caractère chronique et invalidant de la maladie fait que ces patients bénéficient très souvent des différentes mesures ci-dessous. Celles-ci sont à considérer sous divers aspects interdépendants qui ne peuvent se considérer que dans une prise en charge globale du patient, et non dans des dimensions artificiellement autonomes. Elles interviennent dans différents domaines de la vie du sujet : santé, finances, hébergement, accompagnement, socialisation, travail ; et peuvent se décliner selon trois aspects : sanitaire, médico-social, social.

Structures de soins

Depuis les années 1960, la psychiatrie est la seule spécialité médicale qui présente la spécificité d'une prise en charge des patients selon un découpage en secteurs géographiques, dans un but de réinsertion du patient au sein de la cité, impliquant le développement sur le secteur de moyens médicaux divers.^{1,2} Les soins peuvent se faire soit dans les hôpitaux psychiatriques (dont les modalités de soins sous contrainte ont été révisées par la loi du 5 juillet 2011),³ soit dans des structures extrahospitalières : centres médicopsychologiques (CMP) lieux de consultations spécialisées publiques, centres d'accueil et de crise (CAC) accueillant les patients pour de brefs séjours, unités mobiles allant à la rencontre des patients à leur domicile. Afin de faciliter l'accès aux soins, la schizophrénie étant une « affection de longue durée », il convient de demander une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Par ailleurs, en fonction des ressources du patient, une demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de mutuelle peut être nécessaire (les

patients percevant l'allocation adulte handicapé dépassent le plafond permettant l'attribution de la CMUC).

Aides financières et mesures de protection

Comme tout citoyen, les sujets schizophrènes peuvent avoir droit à l'allocation logement, à une pension d'invalidité s'ils ont travaillé plus de 12 mois avant d'avoir une capacité de travail réduite des 2 tiers par un accident ou une maladie non professionnels, ou percevoir le revenu de solidarité active s'ils ont plus de 25 ans et sont en recherche d'emploi. Mais nombre de patients ont une restriction substantielle et durable à l'emploi justifiant une demande d'allocation adulte handicapé (AAH) auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), accordée après avis de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). En cas de taux d'incapacité égal ou supérieur à 80 % et une capacité de travail inférieure à 5 % reconnue par la CDAPH, ils peuvent aussi percevoir le complément de ressource.

Les manifestations cliniques et le retentissement fonctionnel de la maladie rendent ces patients très vulnérables et les exposent aux difficultés de gestion de leurs ressources. La réforme du 5 mars 2007⁴ offre différents types d'accompagnement et de protection qui peuvent être mis en œuvre en l'absence de dispositif de droit commun de représentation (mandat, procuration, règles de régimes matrimoniaux) qui permettrait de pourvoir de façon suffisante à leurs intérêts (principe de subsidiarité) :

- les mesures d'action sociale (ancienne tutelle aux prestations sociales) : mesure d'accompagnement social personnalisé et mesure d'accompagnement judiciaire aidant dans la gestion des prestations sociales (mais ni du patrimoine ni des revenus) ;
- les mesures de protection juridique : sauvegarde de justice ; curatelle (régime d'assistance) et tutelle (régime de représentation) permettant la protection de la personne et/ou des biens, avec

possibilité de réaliser des actes conservatoires, d'administration ou de disposition.

Structures d'hébergement

Différentes structures sanitaires offrant un accueil limité dans le temps peuvent être proposées en fonction de l'autonomie du patient. Elles impliquent l'intervention d'une équipe médicale et paramédicale pour réguler les admissions et organiser les prises en charge. Par ordre croissant d'autonomie :

- l'accueil familial thérapeutique (AFT) est une modalité particulière d'hospitalisation à temps complet. La famille accueillante est salariée de l'établissement de soins. La prise en charge se fait par l'Assurance maladie. La responsabilité médicale incombe au médecin du secteur d'origine ;
- les foyers thérapeutiques ou de postcure psychiatrique sont un compromis entre l'hospitalisation à temps plein et d'autres hébergements individuels, ou associatifs ;
- les appartements thérapeutiques gérés par le secteur, les appartements associatifs de secteur et les appartements communautaires, destinés aux personnes ayant une certaine autonomie, mais insuffisante pour un logement individuel. Ils facilitent le travail de réinsertion sociale.

*Les structures médicosociales*⁵ sont médicalisées et le plus souvent gérées par des associations. Une orientation en établissement en accueil définitif, décidée par la CDAPH et un avis favorable de la commission d'admission de l'établissement sont nécessaires. On distingue :

- les maisons d'accueil spécialisé (MAS) pour adultes handicapés ne pouvant effectuer seul les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant une surveillance médicale et des soins constants. Financés par l'Assurance maladie via un prix de journée, le forfait journalier reste à charge du résident ;

- les foyers d'accueil médicalisé (FAM) pour adultes handicapés inaptes à toute activité professionnelle, nécessitant un soutien et une stimulation constante pour les actes essentiels de la vie quotidienne, un suivi médical et des soins réguliers ; financés par l'Assurance maladie pour les soins, par le conseil général pour l'hébergement, une participation est demandée aux résidents pour l'hébergement ;
- les foyers de vie ou occupationnels pour personnes handicapées ayant une autonomie insuffisante pour bénéficier d'un logement

* AP-HP, hôpital Henri-Mondor-Albert-Chenevier, pôle de psychiatrie, 94000 Créteil, France. audrey.laguerre@ach.aphp.fr

individuel, inaptes à toute activité professionnelle, nécessitant un suivi médical et des soins réguliers; financés par le conseil général via un prix de journée, les frais d'hébergement et d'entretien sont à la charge du résident;

- les foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés exerçant une activité professionnelle à temps complet ou partiel; financés par le conseil général via un prix de journée, les frais d'entretien et d'hébergement sont à la charge du résident.

Les structures sociales, le plus souvent gérées par des associations, ne requièrent aucune orientation de la MDPH. L'admission se fait après accord du directeur d'établissement. On distingue :

- les centres d'hébergement et de réadaptation sociale accueillant pour une durée déterminée des personnes et familles démunies, et assurant leur réinsertion sociale; financés par une dotation globale de l'État au titre de l'aide sociale, les résidents participent aux frais d'hébergement et d'entretien selon leurs revenus;
- les maisons relais offrant un logement individuel, notamment aux patients stabilisés ne pouvant accéder ou se maintenir dans un logement autonome, et des lieux collectifs avec organisation d'animations; un hôte gère cet habitat communautaire et les résidents paient un loyer qui ouvre droit au versement d'une aide au logement;
- les résidences accueil : maisons relais spécifiquement dédiées aux personnes ayant un handicap psychique, suivies par un service d'accompagnement;
- les appartements accompagnés, gérés par des associations faisant l'intermédiaire entre bailleur (privé ou social) et locataires ayant un handicap psychique suivis par un service d'accompagnement, et suffisamment autonomes pour vivre en logement individuel (baux glissants, logements relais...);
- l'accueil familial social : familles hébergeant des personnes handicapées dont elles sont salariées, contrôlées par le conseil général.

Enfin, les patients souffrant de schizophrénie ont les mêmes droits que le reste de la population au regard du logement (système intégré d'accueil et d'orientation, droit au logement opposable...).

Structures d'accompagnement et de socialisation

Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et hôpitaux de jour sont des structures

sanitaires mises à la disposition de la population dans le cadre de la sectorisation. Les structures médicosociales (MAS, FAM, foyers de vie) proposent également des activités de jour (sans hébergement) qui nécessitent une orientation en établissement en accueil de jour par la CDAPH. Par ailleurs, des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) trouvent leur place dans la prise en charge des patients schizophrènes, par une aide à l'insertion sociale, une assistance dans les actes essentiels de la vie quotidienne et un accompagnement médical et paramédical, en milieu extrahospitalier. Ils nécessitent une orientation en établissement par la CDAPH. Différentes structures sociales existent : les services d'accompagnement à la vie sociale proposant une aide à domicile pour les actes essentiels de la vie quotidienne et des activités afin de lutter contre l'isolement et aider à la resocialisation. Les groupes d'entraide mutuelle gérés par des associations proposent des activités culturelles, sportives ou artistiques.

Structures professionnelles

L'insertion professionnelle des personnes souffrant de schizophrénie est souvent difficile. Une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) par la CDAPH permet de la faciliter. L'obtention ou le renouvellement de toute allocation adulte handicapé donne systématiquement la RQTH (l'inverse n'est pas vrai). Cette reconnaissance doit être assortie d'une décision concernant l'orientation professionnelle : soit en milieu ordinaire, soit dans le cadre d'un emploi protégé en établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Certains de ces établissements accueillent plus particulièrement des personnes souffrant de handicap psychique et sont donc à privilégier pour les patients schizophrènes. L'emploi peut se faire également dans des entreprises adaptées, accueillant majoritairement des travailleurs handicapés dans des conditions adaptées à leurs possibilités; ou dans des entreprises d'insertion spécialisée, qui reçoivent des subventions publiques, afin de faciliter en moins de 2 ans l'insertion des personnes pouvant accéder à un travail en milieu ordinaire. D'autres types de structures permettent d'accompagner les travailleurs handicapés dans une démarche d'insertion professionnelle (centres

d'entraînement au travail, centres de préorientation pour handicapés, centres de rééducation professionnelle, centres d'initiation au travail et aux loisirs...).

Conclusion

La prise en charge des patients souffrant de schizophrénie est complexe et nécessite le partenariat entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales afin de leur proposer un accompagnement le plus complet et éayant possible. Le handicap lié à la maladie est variable d'un patient à l'autre, et le recours à des mesures adaptées et acceptées par le patient est nécessaire afin d'envisager son insertion hors de l'hôpital. La création d'un réseau national de centres experts (v. p. 338), non sectorisés, vient renforcer le dispositif de santé mentale, en proposant des bilans complets et une orientation diagnostique, thérapeutique, voire sociale. Le travail des secteurs psychiatriques ne peut se faire qu'en lien avec les diverses associations participant à l'éayage des patients, grâce à la création de structures d'hébergement, d'ateliers protégés (Œuvre Falret, AFASER, APOGEI, Les Amis de l'Atelier...) mais en apportant aussi un soutien et un accompagnement aux patients et à leur famille (UNAFAM...). Cependant, malgré le travail de « dé-institutionnalisation » des patients entamé avec la disparition des asiles, nombre de patients schizophrènes sont encore contraints de vivre à l'hôpital, faute de places suffisantes disponibles dans des structures adaptées. •

A. Laguerre déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. http://www.ascodocpsy.org/IMG/textes_officiels/Circulaire_15mars1960.pdf
2. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. JO, 1^{er} janvier 1986. <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878232>
3. Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. Encéphale 2012;38:179-84.
4. Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. JO, 7 mars 2007. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000430707&dateTexte=&categorieLien=id>
5. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. JO, 3 janvier 2002. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>